IZPP^Φ INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND PSYCHOSOMATIK
Erstes offenes E-Journal für fächerübergreifende Theoriebildung in Philosophie und Psychosomatik sowie ihren Grenzgebieten
Herausgeber: Wolfgang Eirund und Joachim Heil
ISSN: 1869-6880

Gegen das Unglück im Alter. Freigabe von Suizidmitteln – von Drogen und Sterbehilfe bei Demenz[1]
Sigbert Gebert

Glück im Alter?
„Alle Menschen streben nach Glück“, postulierte schon die antike Philosophie. Unter modernen Verhältnissen lässt sich dieses Glück nicht mehr objektiv – als vernünftiges Leben oder Leben in Gott – bestimmen. Glück ist eine subjektive Angelegenheit und unterliegt der „autonomen“ Lebensgestaltung, die die „Selbstverwirklichung“ anstrebt. Die Gesellschaft gibt allerdings die Gebiete vor, in denen Glück zu suchen ist: Arbeit und Liebe.

Arbeit, die Hauptbeschäftigung der ganzen Menschheit, gibt, wenn sie gelingt, Zufriedenheit. Zumindest verhindert die Anstrengung der Arbeit das Nachdenken, verdrängt die Sinnfrage. Arbeit als Sinn funktioniert heute jedoch nur noch bis ins frühe Alter. Die Beschäftigungen des Rentners gelten nicht als vollwertig. Wer mit seiner Arbeit zufrieden ist, sträubt sich deshalb gegen die „Zwangsentlassung“ aus dem Arbeitsleben (fast jeder Familienbetrieb kennt das Problem des auf seinem Posten beharrenden Patriarchen). Der Rentner muss sich in seiner jetzt per definitionem freien Zeit einen neuen Gegensatz von Arbeit und Freizeit aufbauen – was angesichts der de facto freien Verfügbarkeit immer prekär bleibt.

„Offizielles“ und lebenslanges Glücksgebiet ist deshalb die Beziehung oder Familie. Ihre Grundlage ist heute Liebe – und das zugleich ihr Problem. Auf die Dauer ist es schon viel, wenn eine Beziehung Zufriedenheit mit einigen Glückseinsprengseln bringt. Für die aus der Arbeit entlassenen und in der Liebe desillusionierten Alten werden Sinnfragen so drängender.

Selbstverwirklichung ist an sich für alle möglichen Bestimmungen offen. Auch für das Alter bleiben die Orientierungspunkte jedoch die gesellschaftlichen Glücksbereiche, jetzt die in ihnen erwünschten Eigenschaften: Als Ideal gilt der bis zuletzt jung gebliebene, gesunde, aktive und deshalb autonome alte Mensch.
Das bisherige Leben soll nach der Verrentung, soweit es geht, fortgesetzt werden. Oder das Alter wird sogar als Freiheitsversprechen und Möglichkeit der Persönlichkeitsentfaltung gesehen. Nach Schopenhauer verschwinden die Illusionen, eine „gewisse Heiterkeit“ kehrt ein. Allerdings: Das Glück des Alters bedarf der Gesundheit. Weil diese Glücksbedingung oft nicht erfüllt ist, empfand Jean Améry dies Idealbild des „Adels der Resignation“, der Abendweisheit und späten Befriedung als „niederträchtige Düperie“. Die Gebrechen nehmen zu, man fühlt sich überflüssig, vereinsamt, altert nicht nur physisch, sondern auch kulturell, und das Sterben im Altersheim oder Krankenhaus droht. Das Bild des misslingenden Alters bündelt so alles, was Autonomie und Selbstverwirklichung verhindert: Sinnverlust durch fehlende Arbeit, Krankheit, Hilflosigkeit, Einsamkeit, gesellschaftliche Marginalisierung.

Bei vielen Alten findet sich eine resignative Ergebung in dieses, dann auch sehr oft eintretende Schicksal: Man klagt und spricht von Unabänderlichkeit. Das Leben selbst wird nicht hinterfragt, die Lebensbejahung der Gesellschaft, der es immer um ihr Weiterlaufen geht, übernommen und im Zweifelsfall werden traditionelle religiöse oder metaphysische Sinnangebote, die das „selbstverständliche“ Ziel des Lebenserhalts rechtfertigen,

herangezogen. Im nachmetaphysischen Weltbild lebt das Leben hingegen, weil es lebt – ohne höheren Sinn und ohne Ziel. Für die Lebensbejahung der Gesellschaft ist das zwar ohne Bedeutung: Sie läuft, weil sie läuft. Doch ohne höheren Sinn wird die Lebensbejahung für die einzelne in vielen Situationen und vor allem im Alter fraglich: Warum noch leben, wenn das Ziel des Menschen, das Glück, nicht mehr oder nur noch selten erreichbar ist und die Gebrechen zunehmen? Man kann dann auch Leiden höher gewichten als die Fortsetzung des Lebens, und es gibt kein moralisches oder stichhaltiges philosophisches Kriterium, das dagegen spricht.

Gesellschaftliche Lebensbejahung und individuelle Autonomie

Die autonome Lebensgestaltung soll bis zum Tod aufrechterhalten werden und auch ein selbstbestimmtes Sterben ermöglichen. Die kranken Alten können heute mit über ihren Tod bestimmen. „Passive“ Sterbehilfe durch den von der Patientin gewünschten Abbruch einer Behandlung und „indirekte“ Sterbehilfe durch die tödliche „Nebenwirkung“ von Medikamenten sind weithin akzeptiert – in Grenzen: Essens- und Trinkverweigerung werden oft nicht hingenommen. Suizidbeihilfe gilt als problematischer, aber bei Todkranken als zumindest tolerabel. „Aktive“ Sterbehilfe ist verboten und bei der noch urteilsfähigen Patientin auch unangebracht: Autonomie bedeutet, selbst zu handeln. Wer den Todeswunsch hat, soll die Handlung auch selbst vollziehen und sie nicht auf den Arzt abwälzen, der grundsätzlich im Dienste des Lebens steht. Allerdings müsste durch einen erleichterten Zugang zu wirksamen Suizidmitteln die Angewiesenheit auf den Arzt überhaupt überflüssig gemacht werden.

Die liberale Gesellschaft und moderne Ethik rechtfertigen die Freigabe der Entscheidungen über Leben und Tod mit dem Argument, dass jede ihre Interessen selbst am besten kennt und die einzelnen Interessen ihre Grenze nur an den Interessen der anderen finden – den gemeinsamen, „objektiven“ Interessen (materielle Grundversorgung, leibliche Integrität, „relative“ Freiheit), die in den Menschenrechten heute allgemein (zumindest rhetorisch) anerkannt sind.

Die Grundinteressen ergeben sich aus der Natur des Lebens. Leben will leben, flieht den Tod. Zugleich sucht jedes Leben Schmerzen zu vermeiden. Der urteilsfähige Mensch kann Schmerzen gegen das Überlebensinteresse abwägen. Ihm geht es dabei nicht einfach um ein bloßes Überleben, sondern um ein gutes Leben. Ist ein solches nicht mehr möglich, ist eine Flucht vor Schmerzen in den Tod „rational“.

Das wird allerdings „ideologiekritisch“, durch Aufweis anderer Motive bestritten. Suizid im Alter gilt so oft als nur scheinbare Autonomie: Die Alten, die sich bei Krankheit umbringen, entsprächen den Verwertungsanforderungen der Ökonomie, folgten nur den Normen der auf Gesundheit, Aktivität setzenden Leistungsgesellschaft, die mit alten, kranken Menschen nichts anfangen kann und die jammernden Alten loswerden will.

Das mag durchaus so sein: Gesellschaftliche Einflüsse wirken bei jeder Entscheidung mit. Doch das gilt auch für das Gegenmodell der Hospize und Palliativmedizin, die – durchaus ein Fortschritt – gegen die bisherige verschämte Abschiebung der Sterbenden ins Krankenhaus ein „würdiges“, „natürliches“ Sterben anstreben: Bis zum „natürlichen“ Ende auszuharren, ist das traditionelle religiöse Ziel. Und auch hier finden sich problematische Motive, so ein besonderer Ehrgeiz: Die Hospizpfleger als „Elite“ der Pfleger sind stolz darauf, noch die schwersten Fälle bewältigt zu haben. Die Sterbende unterliegt einem Lebensmodell, das auch noch die letzte Phase als zu bewältigende Aufgabe unterstellt, nach dem Motto: Das werden wir auch noch schaffen, deshalb braucht man sich doch nicht umzubringen. Das palliativmedizinische Ziel des „friedlichen“ Sterbens – ohne Schmerzen, Angst, „zufrieden“ – ist im übrigen nicht das heutige Idealbild eines guten Todes, als das

nicht ein langsames, bewusstes Sterben, sondern der plötzliche Tod gilt. Wer die Altersgebrechen fürchtet, sollte jedenfalls rechtzeitig vorsorgen, um die beim Suizid immer problematische Angewiesenheit auf andere zu vermeiden. Einer säkularen, individualistischen Gesellschaft stände es hier an, den Zugang zu wirksamen Suizidmitteln (wie Natrium-Pentobarbital) zu erleichtern, um die Anwendung „harter“ und unsicherer, bei einem Scheitern gesundheitsruinierender Methoden unnötig zu machen.

Letztlich handelt es sich bei der Frage des wünschenswerten Lebensendes um ein ästhetisches Problem, ein Problem das mit der Unterscheidung von passend/unpassend, gelungen/misslungen angegangen wird. Die einen sehen den Verlust der Autonomie, das Gefühl der Würdelosigkeit und der Last für andere als unpassend für ein gutes Weiterleben, die letzte Phase als eigenständig, nicht als eine Art Krönung des bisherigen Lebens an, für die anderen gehört ein Ausharren bis zum Ende zu einem gelungenen Leben, quasi als Abschluss der Bilanz – und die meisten treffen erst gar keine Entscheidung, empfinden es als eine Zumutung, über den eigenen Tod mitbestimmen oder überhaupt an ihn denken zu müssen (die staatlichen Krankenhäuser in den USA sind so verpflichtet, nach schriftlichen Willensäußerungen für oder gegen die Begrenzung lebensverlängernder Maßnahmen zu fragen, doch nur wenige wollen sich festlegen). Theoretisch kann heute zwar jede selbst wählen, welchen Abhängigkeiten, welchem Lebens- und Sterbensmodell sie folgt, und in der Praxis wird das auch zunehmend anerkannt. Faktisch gibt aber in der Mehrzahl der Fälle die Gesellschaft – Politik, Recht, Medizin – das Behandlungsmodell vor. Faktisch herrscht im Falle des Sterbens ein gesellschaftlicher Paternalismus, und es fragt sich, ob nicht ein anderes als das heutige vorherrschende Ausharrensmodell für alle – die Gesellschaft und die Individuen – von Vorteil wäre.

Der gesellschaftliche Umgang mit der Demenz und die Interessen der Dementen

Beim Menschen genießt das Überlebensinteresse den höchsten rechtlichen Schutz, ist doch das Leben die Voraussetzung für die Verfolgung individueller Interessen. Der Lebensschutz wird höher gewertet als das Interesse an einem guten Leben, dessen Bestimmung individuell erfolgt. Eine erste Ausnahme wird bei Abtreibungen gemacht, bei der die Interessen der schwangeren Frau höher als die Interessen des Embryos gewertet werden. Mit der Geburt unterliegen menschliche Wesen dem rechtlichen Lebensschutz – eine traditionelle, heute philosophisch als willkürlich erscheinende Zäsur (so ist eine Frühgeburt eine juristische Person, das ältere, noch nicht geborene Kind aber nicht). Sie wird in Fällen von schweren Behinderungen der Geborenen, die mit Schmerzen einhergehen, zum Problem, ist doch eine Abwägung des Überlebensinteresses mit dem Interesse an einem guten Leben vom Recht nicht vorgesehen bzw. nur der Therapieverzicht, aber nicht eine „aktive“ Tötung anerkannt. Solange solche Fälle seltene Ausnahmen bleiben, kann man sie allerdings gesellschaftlich ignorieren und in einer Grauzone belassen. Gesellschaftlich beherrschen denn auch nicht diese Probleme die Diskussion, sondern die Probleme der Alterskrankheiten. Das liegt zum einen an ihrer quantitativen Zunahme, zum anderen daran, dass sie im Gegensatz zu den Problemen im Umkreis der Geburt jede selbst betreffen können.

Das Leiden im Alter stellt für die Gesellschaft zunächst ein Versorgungsproblem dar. Solange der alte Mensch urteilsfähig ist, entscheidet er selbst über sein Leben und ob er die gesellschaftlich übliche Pflege in Anspruch nimmt – wobei es sich hier, wie überall, mit Geld besser leben lässt. Die moralisch bedeutsamen Probleme stellen hingegen die urteilsunfähigen Alten. Mit der Zunahme des Alters haben auch die Demenzerkrankungen zugenommen (heute leben rund 1,5 Millionen Demenzkranke in Deutschland mit steigender Tendenz).

Zunächst liegt es nahe, gemäß dem Autonomieideal der Gesellschaft auch die Demenz über die Patientenautonomie anzugehen. Im bewussten Zustand soll jede selbst noch über ihre Zukunft entscheiden und mit Patientenverfügungen auch die Therapiegrenzen bestimmen. Die autonome Entscheidung, die die Gesellschaft überall fordert und anerkennt, scheint auch für den Fall der Urteilsunfähigkeit möglich. Dagegen wird jedoch zu Recht eingewandt, dass der demente Mensch ein anderer ist als der entscheidungsfähige. Mit der Sprache bricht den Dementen das spezifisch Menschliche weg, das ihnen ein eigenständiges Leben erlaubte. Mit der bewussten Person von einst teilen sie noch bestimmte Verhaltensweisen und Sprechgewohnheiten, angelernte Schemata, aber deren Bedeutung ist verlorengegangen. Es sind nur noch Rituale ohne Einbettung in den Lebenszusammenhang, die sie vollziehen. Wenn Walter Jens gegenüber seinen Angehörigen jammert und im nächsten Moment betont: „Aber schön ist es doch“, so ist das, trotz seiner Suizidbereitschaft im urteilsfähigen Zustand, keine Grundlage, um ihn umzubringen, und wenn man ihm dies sagt und er antwortet verschmitzt: „Schade“, so hilft das ebenso wenig weiter. Die Autonomie lässt sich durch Verfügungen im bewussten Zustand nur begrenzt verlängern (was im Übrigen auch für Verfügungen gilt, die eine Maximalbehandlung wünschen oder jede Art der Sterbehilfe ablehnen). Wer ein dementes Leben nicht führen will, muss sich vorher umbringen – was leichter gesagt als getan ist, denn für den Suizid ist es, so Hermann Burger, immer eine Sekunde zu früh, der noch mögliche Zeitpunkt schnell verpasst.

Im Umgang mit gesellschaftlichen Problemen gibt es neben dem hier scheiternden Autonomiemodell traditionell die gesellschaftskritische Richtung. Sie sieht Demenz weniger als individuelles und medizinisches, denn als gesellschaftliches Problem. Während in früheren Zeiten die Demenz als natürlicher Verfall, ein natürliches Abnehmen der Kräfte, erschien und als solches angeblich akzeptiert wurde, wird sie heute als Krankheit definiert, die die Betroffenen stigmatisiert. Dagegen soll eine demenzfreundliche, engagierte Zivilgesellschaft die Dementen ins normale Leben integrieren und sie in Ruhe verrückt werden lassen. Die Zunahme der Demenz gilt als zumindest mitbedingt durch die soziale Isolierung in der modernen Welt, den Sinnverlust, die erinnerungsfeindliche Kultur, die Betonung der Jugend, die kapitalistische Schnelligkeit. Dafür spricht, dass sozial gut eingebettete und bis zuletzt mit sinnvollen Aufgaben beschäftigte Nonnen, bei denen man nach ihrem Tod die typischen degenerierten Alzheimer-Gehirne vorfand, keine Anzeichen von einer Demenz zeigten.

Es ist durchaus plausibel, dass erst die soziale Umstände vernachlässigende medizinische Betrachtung aus einem ungewöhnlichen Verhalten der Alten eine Krankheit machte. Gerade die Definition als Krankheit erlaubt es aber, das ungewöhnliche Verhalten, das jetzt nicht mehr als absichtlich zurechenbar ist, zu akzeptieren. Innerhalb von engeren Beziehungen bedeutet es eine Entlastung, wenn über bestimmte Verhaltensweisen nicht mehr gestritten werden muss. Auch hilft es wenig, über soziale und biographische Gründe der Krankheit nachzudenken, wenn sie erst einmal ausgebrochen ist. Ein gutes soziales Umfeld mag dann genauso wie manche Medikamente die Krankheit verzögern. Aber ist ein langsamerer Verfall, eines der Therapieziele bei Demenz, überhaupt zu begrüßen? Der Patientin ist so länger ihre unheilbare Krankheit bewusst, sie bemerkt ihr Vergessen, es zieht sich länger hin, bis sie vergisst, dass sie vergisst. Allerdings ist auch der ausgeprägte Demenzzustand nicht besser. Bei den Dementen löst sich mit Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit der gewohnte Halt auf. Sie finden sich in der bisherigen Umgebung nicht mehr zurecht, werden immer hilfloser. Als Folge kommt es zu Angst, Panik, Verzweiflung, Aggression, Unruhe, Resignation, Verbitterung. Das Befinden schwankt stark, und es gibt auch Momente der Freude. Aber der Grundtenor ist Ungeborgenheit. Die Sprache geht immer mehr verloren, bis die Dementen nur noch im augenblicklichen Erleben, in einer permanenten Gegenwart, leben. Diese Gegenwart ist nicht die Jetztzeit, sondern eine frühere Zeit ihres Lebens, so dass es zum ständigen Zusammenstoß von Jetztzeit und Gegenwart der Dementen kommt.

Die Dementen ähneln in ihrer Gegenwartsbezogenheit Kindern, fühlen sich im Gegensatz zu ihnen jedoch nicht mehr geborgen.

„An sich“ scheint ein langsames Wegdämmern nichts Schlimmes zu sein. Man könnte sogar Vorteile darin sehen. Mit der Sprache bricht so auch das Wissen um den Tod weg. Die Dementen vergessen die Todes- und Sterbensangst, was ein leichteres Sterben bedeuten dürfte. Sie haben die metaphysische Einsamkeit des Menschen, das Unzuhause in der Welt angesichts des Todes, vergessen. Zugleich damit geht aber auch die Geschäftigkeit des Alltags und die soziale Einbindung verloren, die normalerweise den Tod und die Einsamkeit verdrängen helfen. Die Dementen, die im Alltag nicht mehr geborgen sind, erfahren ihre Einsamkeit täglich. Sie leben als Fremde in der Welt.

Trotz aller Fremdheit finden sich die Dementen in ihrer bisherigen Umgebung zunächst noch zurecht.
Als Ideal wird deshalb das Weiterleben in der gewohnten Umgebung und Hauspflege angesehen. Oft läuft dies allerdings auf Familienpflege hinaus, die eine schlechte Lösung darstellt, weil sich hier in die Pflege, eine sachliche Angelegenheit, alte Beziehungsprobleme einmischen. Die Kranke ist gegenüber Fremden meist konfliktscheuer als gegenüber Nahestehenden, und umgekehrt sind Fremde meist geduldiger. Das nahe soziale Umfeld wird durch Pflege schnell überfordert. Professionelle Privatpflege sollte deshalb das (teuere) Standardmodell sein. Aber auch für die professionellen Pfleger ist der Umgang mit den Dementen angesichts ihres Unverständnisses, der Stimmungsschwankungen und des Widerstandes gegen viele Pflegemaßnahmen – sie begreifen nicht, was das alles soll – schwierig. Diskussionen mit ihnen sind unmöglich, und gerade bei der Pflege kann man den allgemeinen Grundsatz, ihnen immer recht zu geben, nicht befolgen, muss gegen ihren Willen handeln. Religiös geprägte Menschen mögen dies alles als „bereichernde Erfahrung“ sehen, wie man auch jedes eigene Unglück als „Wachsen“ in sein Leben integrieren kann, doch hier geht es um das Unglück der anderen. Wie kann es gemildert werden?

Zufriedenheit heißt unter anderem Geborgenheit. Gelingt es bei den Dementen das Gefühl des Nicht-mehr-Zuhause-seins auszublenden, ihr spezifisches Leid zu vermeiden, sind sie auch schon zufrieden – egal, was oder ob sie etwas tun. Die Dementen müssten auch vergessen, dass sie sich nicht mehr geborgen fühlen. Dazu bedürfte es einer weiteren Herabstimmung des Bewusstseins. Sie wird heute vor allem durch die oft angefeindeten, als Ruhigstellung zur Entlastung der Pflegenden kritisierten Psychopharmaka angestrebt. Könnten aber nicht auch schneller wirkende und nebenfolgenärmere Drogen die Zufriedenheit erhöhen? Bei der Pflege Dementer ginge es dann nicht mehr darum, sich an den Normalzuständen zu orientieren, sie solange wie möglich im bisherigen Leben festzuhalten und zu aktivieren, sondern sie künstlich durch Drogen und Psychopharmaka von ihren Ängsten und ihrer Umtriebigkeit zu entlasten, so dass sie zufrieden den Tag verdämmern könnten. Insbesondere Cannabis (sein Einsatz als Heil- und Schmerzmittel wird unter anderem bei Multipler Sklerose, Spastik, Schmerzen, Appetitlosigkeit, Asthma, Epilepsie, Depression, Migräne diskutiert) und Opiate, vor allem auch das verteufelte Heroin (heute nur in Großbritannien und Belgien als Schmerzmittel zugelassen) böten sich hier für Versuche an. Sollte sich mit ihnen Zufriedenheit erreichen lassen, wären eine eventuelle Sucht und Lebensverkürzung hinzunehmen.

Das Problem der Endphase der Demenz lässt sich so allerdings auch nicht lösen. Soll man den vollkommenen Verlust der Sprachfähigkeit und Bettlägerigkeit einfach hinnehmen, die Dementen mit einer Magensonde ernähren (obwohl dies die Lebenserwartung nicht oder kaum erhöht) oder bei einem Infarkt im Krankenhaus reanimieren (die Wahrscheinlichkeit, dass sie das Krankenhaus lebend verlassen, ist gleich null), bis sie

langsam im Bett verenden? Tiere werden im Alter und bei größeren Schmerzen eingeschläfert – was moralisch auch deshalb unproblematisch ist, weil sie (höchst wahrscheinlich) keine Todesangst kennen. Das aber gilt ebenso für die Dementen. Hier beginnt man sich zwar langsam vom Ziel des Lebenserhalts zu lösen. Die (rechtlich unverbindlichen) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 2011 sehen so inzwischen die Änderung des Behandlungsziels vor, wenn die lebenserhaltenden Maßnahmen das Leiden nur verlängern (so gilt die künstliche Ernährung nicht als unverzichtbare Basisbetreuung). Statt Lebensverlängerung ist das Ziel dann die palliativmedizinische Versorgung. Darüber sollen Patientenvertreter und Arzt auch ohne erklärten Sterbewillen der Dementen gemeinsam entscheiden. Wenn man sich aber über Kriterien verständigen kann, ab wann lebenserhaltende Maßnahmen das Leiden nur verlängern – warum kann man dann nicht „aktiv“ das Siechtum beenden? Warum muss man sich über den Verzicht auf die künstliche Flüssigkeitszufuhr streiten, bei dem unklar ist, ob er zu einem „sanften“ Tod führt, wenn es sofort wirksame Mittel gibt? Auch hier ist wie bei der urteilsfähigen Patientin nicht der Arzt der in erster Linie Geforderte (er ist heute „nur“ wichtig, weil er den Zugang zu den tödlichen Mitteln hat). Gefordert ist vor allem der Patientenvertreter, der auch eine Tötung vollziehen sollte (die Grundsätze zur Sterbebegleitung betonen, auch wenn sie dem Arzt die Beteiligung am Suizid freistellen, zu Recht, und das gälte umso mehr für aktive Sterbehilfe: Sie ist keine ärztliche Aufgabe). Dass in seine Entscheidung seine Lebenseinstellung einfließt, ist unvermeidbar, und eventuell oder sogar wahrscheinlich bestimmen dann auch ökonomische Kriterien mit. Diese können aber genauso gut zugunsten des Lebenserhalts wirken: Die Demente am Leben zu erhalten, kann wegen einer Pension lukrativ sein. Eine „neutrale“ Entscheidung ist hier nicht möglich – der Patient mit religiösen Angehörigen oder Vertretern muss bis zum Ende „ausharren“. Die Alternative wären verbindliche rechtliche Vorgaben, die den Todeszeitpunkt festlegen – sie würden die Autonomie, die immerhin noch die Wahl des Patientenvertreters bedeutet, abschaffen und sind schon deshalb nicht wünschenswert.

Die moderne moralische Argumentation, die bei der Demenz auf den Verstoß gegen die Interessen an Leidvermeidung und einen „würdigen“ Tod verweist, kommt ökonomischem Effizienzdenken entgegen, doch das hat nichts mit der kapitalistischen, alles ihren Kriterien unterwerfenden Leistungsgesellschaft zu tun – oder nur insofern, als der Interessenansatz auf einer liberalen Sichtweise beruht. Allerdings ist eine ökonomische Diskussion auch nicht unmoralisch: Bei begrenzten ökonomischen Ressourcen erfordert es im Gegenteil gerade die Gerechtigkeit auf bestimmte Behandlungen zu verzichten. Das moralische Problem liegt aber nicht hier – eine reiche Gesellschaft kann sich auch dazu entschließen, immer mehr Mittel in den Gesundheitsbereich zu verlagern –, und es liegt auch nicht in der Unproduktivität der Dementen, denn auch die Beschäftigungen der Gesunden haben oft wenig gesellschaftlichen Sinn. Es liegt vielmehr darin, dass die Dementen mit ihrem Leben nicht mehr zufrieden sind.

Ein gutes Leben bedeutet in der heutigen Gesellschaft ein selbstbestimmtes, leidfreies Leben. Beides ist in der Demenz nicht mehr zu gewährleisten. Die am Leben orientierte Gesellschaft kann mit dieser Situation, vor allem der Frage des „rechtzeitigen“ Sterbens nur schlecht umgehen. Sie schränkt die Autonomie schon beim Entscheid über den eigenen Tod ein (der Suizident landet in der Psychiatrie), Entscheidungen über den Tod anderer werden völlig ausgeschlossen und dann auch noch nicht kulturell anerkannte Drogen, die Leiden verhindern könnten, verboten. In vielen Fällen führt das zu offensichtlichen Verstößen gegen die Interessen von Urteilsunfähigen. Diese sind im Allgemeinen eindeutig: Wer nicht leidet, hat ein Interesse am Weiterleben – gegen dieses Interesse verstießen die Nazis mit ihrer biologischen und rassischen Definition von unwertem Leben. Die heutige Definition von einem nicht lebenswerten Leben geht hingegen vom individuellen Interesse an Leidvermeidung und vom Überlebensinteresse aus. Wenn das Leiden der Dementen durch Pflege, Drogen,

Medikamente ausgeschaltet werden kann, ist von ihrem Interesse an einem Weiterleben auszugehen. Eine Gesellschaft, die die Interessen der einzelnen betont, müsste zunächst alle möglichen therapeutischen Wege im allgemeinen Interesse an Leidvermeidung freigeben. Sollten dann, was allerdings unwahrscheinlich ist, nur wenige Problemfälle eines leidvollen Todes auftauchen, würde über Ausnahmen vom Tötungsverbot wenig diskutiert werden und könnte die heutige Situation fortdauern, wo diejenige, die „aktiv" einer Leidenden beim Sterben hilft, dies im Geheimen tun muss und die Strafverfolgung riskiert. Einer säkularen Gesellschaft stände es allerdings an, das Recht konsequent an den Interessen der einzelnen zu orientieren und Kriterien für erlaubte Tötungen vorzugeben. In der theoretischen Diskussion ist so schon lange bekannt, daß die Unterscheidung von passiver und aktiver Sterbehilfe, von Sterbenlassen und Töten, nicht stichhaltig ist und nicht als moralisches Bewertungskriterium dienen kann, während Politik und Recht weiter an ihr festhalten. Ethische Diskussionen allein erreichen jedoch in den seltensten Fällen Änderungen. Wahrscheinlich werden erst Pflegeengpässe aufgrund der Zunahme der Demenz zu einem Umdenken führen – und man kann von Glück sagen, dass hier ökonomisches Effizienzdenken, gesellschaftliche Interessen und Interessen der einzelnen in die gleiche Richtung deuten.

1 Zuerst erschienen in: Scheidewege 42, 2012/13, 214–24.

Zum Autor
Sigbert Gebert, Dr. phil., Dipl.-Volksw., geboren 1959, studierte Philosophie, Politik, Soziologie und Volkswirtschaft in Freiburg (Brsg.) und Basel. Lebt als Privatgelehrter in Freiburg und Zürich. Veröffentlichungen u.a. „Sinn – Liebe – Tod" (2003), „Die Grundprobleme der ökologischen Herausforderung" (2005), „Philosophie vor dem Nichts" (2010).
Kontakt: Sigbert.Gebert@freenet.de